TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur R. BAUDET

AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

CONCOURS DE 1901

(Section de Chirurgie.)

TITRES DANS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Lauréat (quater) de la Faculté de médecine de Bordeaux (1888-1891).
Ancien aide d'Anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

TITRES DANS LES HOPITAUX

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux.
Ancien externe lauréat des hôpitaux de Paris (Prix Arnal 1892).
Ancien interne, médaille d'or de chirurgie des hôpitaux de Paris (1896).
Ancien moniteur de trachéotomie et de tubage à l'hôpital Trousseau (1897).

EXPOSÉ DES TRAVAUX

Nous laissons de côté les diverses présentations aux Sociétés anatomiques de Bordeaux et de Paris et n'exposerons que nos principaux travaux que nous diviserons en deux catégories.

Dans la première, se rangent quelques études purement cliniques dont nos observations personnelles ont été le point de départ. Dans la deuxième, quelques essais de chirurgie opératoire.

I. — TRAVAUX CLINIQUES

1. — Remarques sur la craniectomie exploratrice.

(*Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 1898.)

Dans le cas d'affection non traumatique du cerveau, nous avons montré que la craniectomie est d'autant mieux indiquée, qu'alors même que l'affection recherchée reste introuvable, l'opération ne reste pas toujours inutile et peut quelquefois procurer au malade un bénéfice inespéré. Il existe des faits dans lesquels on a vu, à la suite de craniectomies purement exploratrices, non seulement l'état de mal ou de demi-coma se dissiper, mais les crises d'épilepsie et d'hémiplégie partielles cesser brusquement, la parole et la mémoire revenir et cela pour un temps toujours très long, si long même dans quelques cas, que l'on a pu espérer une guérison définitive.

Nous rapportons, à ce propos, un cas personnel opéré dans le service de M. Quénu, et dû à l'obligeance de M. Chauffard. Nous avons pu en outre retrouver 4 cas analogues (1).

2. — De la ligature de l'artère hypogastrique; de son application thérapeutique, en particulier dans les anévrysmes fessiers.

(*Gazette des hôpitaux*, avril 1899. En collaboration avec Kendirdjy.)

Les récents progrès de la chirurgie pelvienne ayant ramené dans la pratique la ligature des artères hypogastriques, nous nous sommes demandé quelle pouvait être la

(1) Ce sont ceux de Prengruber (*Bulletin médical*, 1894); Pr Raymond (*Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*, 1897); A. Voisin et Péan (*Presse médicale*, 1897); Jeannel (*Presse médicale*, 1897).
Depuis, 3 nouveaux faits se sont produits : un dû à Bauby, professeur agrégé à Toulouse; un deuxième dû à Gross, de Nancy; un troisième dû à Schwartz (*Soc. chir.*, 1901).

valeur de cette opération, et nous l'avons envisagée, tour à tour, comme méthode atrophiante, comme méthode d'hémostase, comme opération curatrice des anévrysmes et des tumeurs télangiectasiques de la fesse.

A. — Méthode atrophiante.

1° *Hypertrophie prostatique.* — Elle a été pratiquée par Bier, Kœnig, Willy Meyer et Derujinsky.

Les résultats opératoires ont été assez bons. Cette ligature amène d'une façon très nette la diminution du volume de la prostate et le raccourcissement de l'urèthre (2 centimètres). La dysurie cesse généralement dès le lendemain de l'opération.

2° *Cancer utérin.* — Cette ligature assure tout d'abord l'hémostase préventive au cours de l'hystérectomie abdominale. Mais alors même que l'on n'enlève pas l'utérus, on a noté dans quelques cas la régression de la tumeur, la cessation des douleurs et la durée de la survie. (Kelly, Pryor, Polk.)

Par contre, Roux, Hartmann, Legueu notent que l'amélioration a été seulement de quelques semaines.

B. — Méthode d'hémostase préventive.

1° Elle a été employée, avons-nous vu, dans l'extirpation de l'utérus cancéreux (Hartmann, Legueu). Elle nous paraît inutile.

2° *Extirpation abdomino-périnéale du rectum.* — Elle a été exécutée par Giordano, puis par Quénu. Cette ligature assure l'hémostase de tout le champ périnéal — et économise 20 à 25 minutes au chirurgien.

C. — Méthode de traitement des tumeurs pulsatiles de la fesse.

1° *Tumeurs télangiectasiques malignes.* — 3 opérations (Porta, Trèves, Wherry); cas de Trèves (survie de 14 mois) ; cas de Wherry (cessation des battements et des troubles fonctionnels, guérison définitive) (?).

2° *Anévrysmes fessiers.* — Depuis la première opération de Stevens, nous avons pu réunir 30 observations pratiquées soit par la voie sous-péritonéale, soit après laparotomie intrapéritonéale, médiane ou latérale.

Nos conclusions diffèrent de celles des auteurs qui nous ont précédé dans cette étude.

Cette opération est facile, à condition de l'exécuter par la voie transpéritonéale. Elle est bénigne, à condition d'être aseptique. Elle est efficace.

Elle est bénigne et efficace : Jusqu'en 1880, on avait fait 18 fois la ligature de cette artère ; il y avait eu 9 morts, soit 50 o/o de mortalité.

Depuis 1880, on l'a exécutée 12 fois avec 2 morts seulement; dans l'un de ces cas, le sac suppura tardivement; dans l'autre, le malade était albuminurique.

Il semble donc que les insuccès opératoires tiennent plutôt aux opérateurs qu'à la méthode.

3. — Les lipomes de la parotide.

(*Gaz. des hôpitaux.*, 1901.)

Cette étude est basée sur 11 observations dont 2 nous sont personnelles.

Les lipomes occupent dans la loge glandulaire des points différents :

1° Ils siègent entre l'aponévrose superficielle et la glande;

2° Ils siègent à la face profonde de la glande, dans l'espace sous-parotidien antérieur ;

3° Ils siègent dans l'intérieur même de la glande, et dans ce dernier cas ils sont encapsulés — ou diffus.

L'évolution de ces tumeurs est bénigne. Les troubles fonctionnels sont nuls ; seule la déformation de la face inquiète le malade. Cette affection n'a été observée que chez l'homme et du côté gauche.

L'ablation de ces tumeurs est facile. Suivant le siège de la tumeur, il faut inciser soit l'aponévrose superficielle seule, soit l'aponévrose et le tissu glandulaire, si la tumeur est intraglandulaire. Dans ce cas, si la tumeur est circon-

scrite, elle s'énuclée facilement. Diffuse, elle pousse à une véritable résection de la glande avec tous ses dangers (carotide, facial).

Quand la tumeur est sous l'aponévrose profonde, il faut aller à elle en traversant toute la glande, de la surface vers la profondeur.

Quand on incise la parotide, il faut l'inciser verticalement en arrière et en bas pour éviter la section de la branche temporo-faciale.

4. — La tuberculose primitive de la rate.

(*Revue gyn.*, 1898.)

Nous avons publié, avec notre maître M. Quénu, la première étude qui ait paru sur la tuberculose primitive de la rate. Cette étude est basée sur quelques cas médicaux vérifiés à l'autopsie et sur cinq observations cliniques, dont une personnelle, vérifiées opératoirement.

La tuberculose splénique présente trois formes : 1° une forme miliaire, qui n'intéresse pas le chirurgien ; 2° une forme infiltrée ; 3° une forme pseudo-kystique (personnelle).

Dans ce dernier cas, la rate était transformée au niveau de son pôle supérieur en une masse pseudo-kystique représentée par de gros blocs fibrineux, laissant exsuder une sérosité louche. L'examen bactériologique et les inoculations nous montrèrent que ces exsudats étaient réellement tuberculeux. Quelques semaines après l'opération, le malade présenta un ganglion du cou qui fut enlevé ; ce ganglion était tuberculeux.

Les signes physiques de la tuberculose splénique sont caractérisés par l'existence d'une tumeur splénique assez volumineuse.

Les signes fonctionnels sont : des douleurs très intenses ; des troubles digestifs variés ; un mauvais état général. (pâleur, faiblesse, amaigrissement très marqués).

Ces signes permettent bien de reconnaître l'existence d'une spléno-mégalie, mais ne permettent pas de dire que cette spléno-mégalie soit tuberculeuse. Pour affirmer l'exis-

tence de la tuberculose, il faudra se baser sur les antécédents tuberculeux et l'apparition d'accidents bacillaires.

Deux méthodes chirurgicales sont applicables à la tuberculose splénique : l'ablation de la tumeur; sa marsupialisation.

La splénectomie ne présente rien qui soit particulier à la tuberculose de la rate.

La marsupialisation, que nous avons appliquée, consiste à vider le kyste splénique et à suturer ses parois à la peau. Cette opération n'est indiquée que si les adhérences étendues rendent la splénectomie impossible.

5. — Du mal perforant buccal.

(Thèse Paris, 1898.)

Le point de départ de notre thèse a été l'observation d'un malade qui portait une perforation étendue du rebord alvéolaire siégeant sur le maxillaire supérieur.

Depuis 1890, époque où nous nous sommes occupé de cette question, nous avons observé deux nouveaux malades. Nos recherches bibliographiques, ajoutées à ces trois cas personnels, ont porté à sept l'ensemble des cas observés.

I. — Cette singulière affection débute par la chute spontanée des dents; cette chute survient sans douleur, sans hémorrhagie, sans suppuration. Cette chute peut être totale ou partielle. Elle est en tout cas plus étendue au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur.

Les dents sont en général absolument saines. Elles peuvent quelquefois présenter des altérations de carie, mais la carie ne frappe que quelques dents. Du reste, certains malades avaient une dentition excellente.

II. — Le deuxième caractère de cette affection c'est la résorption du rebord alvéolaire, très accusée au maxillaire supérieur, résorption qui réduit le maxillaire à la portion horizontale de la voûte.

III. — Dans un troisième stade, des ulcérations se créent sur la muqueuse et une petite fistule s'établit. Elle est difficile à trouver : il faut s'obstiner à la chercher au fond des ulcérations fongueuses. Quand le stylet la dé-

couvre, il est aussitôt conduit dans le sinus maxillaire.

IV. — Au stade de perforation, on rencontre une large ouverture qui peut admettre l'introduction du doigt. Elle siège vers la première ou deuxième grosse molaire. Elle est très allongée dans le sens antéro-postérieur. Elle crée un hiatus faisant communiquer la bouche, les fosses nasales et le sinus maxillaire.

V. — Nous avons retrouvé chez nos trois malades des troubles très nets de sensibilité : troubles douloureux dans la sphère du trijumeau, troubles vaso-moteurs marqués par des œdèmes passagers et surtout des anesthésies de la face, des lèvres, de la langue, des joues, de tout le pourtour des perforations.

L'objet de notre thèse a été de décrire complètement cette affection jusqu'ici très ignorée et surtout d'en établir la nature. Dès 1890, nous avons considéré cette affection comme liée à une névrite du trijumeau, névrite elle-même sous la dépendance de l'ataxie locomotrice. Avant nous, Dubrueil avait émis cette hypothèse, mais sans aucune preuve.

Au point de vue clinique, quelques faits nous frappent tout d'abord :

1° L'évolution longue, froide, silencieuse de cette affection, qui met plusieurs années à s'établir; 2° sa marche fatale et progressive, qui commence par la chute des dents, s'accompagne de résorption alvéolaire et de fistule et se termine par des perforations; 3° l'existence constante de troubles de la sensibilité dans le domaine du trijumeau; 4° l'existence de quelques troubles tabétiques concomitants.

Les examens histologiques n'ayant jamais été faits, nous avons été obligé de nous baser sur la clinique seule pour établir la nature névritique de cette affection. Nous avons recherché alors s'il n'existait pas chez des tabétiques avérés des cas analogues aux nôtres, c'est-à-dire des malades présentant la chute simple des dents, des résorptions alvéolaires, des fistules du maxillaire, des perforations, et qui fussent tabétiques. Nous avons pu retrouver ces quatre catégories d'affection buccale chez les ataxiques; bien plus,

nous avons observé un malade aux divers stades de cette évolution du mal perforant. Il était donc logique de conclure que les perforations buccales sont quelquefois d'origine tabétique.

Dans quelques cas, mais en dehors des perforations, l'examen histologique avait été fait et avait montré qu'il existait une névrite des trijumeaux, tronc nerveux et noyau d'origine (Demange).

Aussi, quoique la démonstration soit indirecte, il nous semble néanmoins qu'il existe des preuves sérieures, sinon péremptoires, que le mal perforant est lié à une névrite du trijumeau.

Cette névrite est-elle toujours causée par l'ataxie? Nous devons faire quelques réserves. Quelques-uns de nos malades étaient des ataxiques très frustes; d'autres ne le paraissaient pas encore; un autre enfin était paralytique général (1).

Aussi, tout en reconnaissant que cette névrite est liée le plus souvent à l'ataxie, nous admettons qu'elle peut être encore déterminée par d'autres maladies (paralysie générale, syphilis, etc.).

II. — ESSAIS DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE.

1° Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.

2° Opérations diverses pratiquées par la taille périnéale prérectale.

1. — Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.

En collaboration avec P. Duval (*Revue chirurgie* 1901.)

Cette opération préconisée par Villeneuve en 1891 n'a pu entrer dans la pratique, à cause des difficultés opératoires

(1) M. le Pr agr. Letulle a repris depuis cette question du mal perforant, à l'occasion d'un malade qu'il a observé, et il adopte nos conclusions.

qu'elle présente, difficultés reconnues par Villeneuve et son élève Platon, par Schede et Fuller.

Après plusieurs essais cadavériques, nous nous sommes arrêtés, Duval et moi, à une technique spéciale qui nous a paru d'exécution facile puisque nous avons toujours pu enlever le canal déférent et la vésicule en entier. Ces organes, ainsi enlevés, ont été présentés à la Société d'anatomie de Paris (1900). Encouragés par ces succès sur le cadavre, nous avons appliqué deux fois cette opération sur le vivant.

Nous ne pouvons donner en détail la technique opératoire que nous avons préconisée ; voici cependant les indications les plus importantes.

Placer le malade sur le plan incliné ; incision funiculo inguinale, qui commence à deux travers de doigt en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Après avoir enlevé l'épididyme, ou l'épididyme et le testicule, nous ouvrons le canal inguinal, et sectionnons le petit oblique et le transverse. Nous effondrons le fascia transversalis à la sonde cannelée et décollons le péritoine avec le doigt, en rasant sa face externe. Cela fait, nous écartons le péritoine décollé et le paquet intestinal avec un large et long écarteur.

Nous recherchons alors notre canal déférent dans le cordon et poursuivons sa dissection dans la fosse iliaque. Il ne tient plus du reste que par quelques tractus celluleux que nous coupons au ciseau. Pendant ces manœuvres, nous n'exerçons aucune traction sur le déférent.

Au fond de la plaie ilio-pelvienne, en sous-tendant modérément le canal déférent, on fait saillir la loge vésiculaire par son bord externe, c'est-à-dire par son hile. Les vaisseaux qui l'abordent dessinent une crête transversale. C'est sur cette crête, pédicule vasculaire de la loge, que nous incisons la loge vésiculaire.

La loge ouverte, la vésicule apparaît. Une pince de Kocher en saisit le fond ; on l'isole facilement de sa gaine et on la sectionne au ras de la prostate, en sectionnant en même temps le canal déférent.

2. — Taille périnéale prérectale, et opérations qui se pratiquent par cette voie.

Notre maître, M. Quénu, voulut bien nous associer aux recherches qui l'ont amené à pratiquer l'ablation du rectum par la voie périnéale. Ces recherches ont établi : 1° la voie qu'il faut suivre pour aborder le rectum ; 2° la façon dont il faut enlever le rectum.

La méthode qu'il faut suivre pour aborder le rectum et l'isoler, la taille prérectale, peut être appliquée à la chirurgie de la prostate, des vésicules, de la vessie et du péritoine pelvien. Nous l'avons appliquée nous-même avec succès à la prostate et aux vésicules. Mais voyons d'abord en quoi consiste la taille prérectale.

I. — TAILLE PRÉRECTALE.

Cette méthode est décrite dans notre étude sur « l'ablation du rectum cancéreux par la voie périnéale ».

1er temps. — Incision antéro-postérieure de la peau le long du raphé au devant de l'anus, puis incision curviligne contournant l'anus et passant à 2 centimètres de l'anus, et cela de chaque côté. L'ensemble représente un y renversé.

2e temps. — Incision des plans superficiels d'abord sur la ligne médiane, puis de toute la graisse ischio-rectale.

3° Incision latérale des faisceaux moyens des releveurs jusqu'à ce qu'apparaisse l'aponévrose périnéale supérieure. On introduit alors le pouce et l'index au dessus des faisceaux antérieurs des releveurs, de façon à bien saisir de haut en bas tout le raphé anobulbaire.

4° On incise le raphé anobulbaire entre les faisceaux antérieurs du releveur et au ras de la pulpe digitale.

5° Le raphé incisé, on effondre avec le doigt l'espace décollable prérectal.

L'excavation prérectale est alors découverte. Elle forme un creux dont la base largement ouverte regarde l'opérateur ; le sommet est formé par le cul-de-sac péritonéal légèrement saillant au fond de la plaie. Les parois latérales sont

limitées par ce que nous avons appelé les *lames sagittales* (faisceaux antérieurs des releveurs, aponévrose périnéale supérieure, et gaine des vaisseaux hémorroïdaux moyens); la paroi postérieure est formée par la face antérieure du rectum; la paroi antérieure par le plan prostato-vésiculo-péritonéal.

A ce moment de l'opération, l'acte opératoire doit varier suivant que l'on veut inciser le péritoine, enlever la prostate, les vésicules ou le rectum.

II. — Incision du péritoine ou du tissu cellulaire péri-vésiculaire.

Nous n'avons pas personnellement incisé de collections péritonéales, mais nous avons pu drainer un abcès péri-vésiculaire droit, après avoir sectionné la lame sagittale droite. Le pus ayant été évacué, nous avons rétabli la continuité de cette lame sectionnée et drainé l'abcès. Guérison.

3. — De l'ablation totale des voies génitales chez l'homme dans la tuberculose étendue de ces organes.

(*Gazette des hôpitaux*, 1898.)

4. — Traitement de la tuberculose du testicule par la castration précoce et par l'ablation totale des voies génitales.

(*Journal médical de Bordeaux*, 1900.)

Nous préconisons, le premier en France, l'opération suivante : 1° ablation de la vésicule et d'une partie du canal déférent par la voie périnéale; 2° ablation de la première partie du canal déférent et du testicule ou de l'épididyme par la méthode habituelle (inguino-scrotale).

Temps périnéal. — Après avoir sectionné la lame sagittale droite et effondré l'espace prérectal, nous passons le doigt dans la courbe du canal déférent et, remontant assez haut sur la paroi pelvienne, nous le ramenons vers nous. Nous plaçons sur lui une forte soie et nous le sectionnons au-

dessous. Puis, saisissant son bout central dans la main, nous fixons ainsi la vésicule et l'aponévrose ; nous fendons la gaine vésiculaire sur sa face postérieure et, introduisant le doigt, nous décollons la vésicule de sa capsule. Nous sectionnons l'espace interdéférentiel le long du canal déférent droit, pénétrons dans la prostate et coupons le canal et le col de la vésicule dans l'intérieur de la glande.

Après cette ablation nous reconstituons les plans périnéaux tels qu'ils étaient avant leur section.

Par la voie inguino-scrotale, nous enlevons le reste du canal déférent, l'épididyme ou le testicule, suivant les indications.

5. — Ablation de la prostate hypertrophiée par la voie périnéale.

(*Gazette hebdomadaire*, 1899.)

Cette opération exécutée par Dittel et Küster (1890) consistait à enlever les lobes latéraux de la prostate, seuls, sans toucher aux lobes médians. Alexander, Hotchkiss ont exécuté également une opération analogue. Alexander enlève la partie sous-uréthrale de l'organe après ouverture de l'urèthre.

Nicoll fait, au contraire, une extirpation sous-capsulaire de la prostate.

C'est cette opération que nous avons exécutée le premier en France, sans connaître du reste l'opération de Nicoll, et uniquement conduit à cette opération par nos idées antérieures sur la chirurgie périnéale.

Nous ne voulons pas discuter ici les indications de cette opération, qui tend du reste à être acceptée en France (opération de Delagenière; Thèse de Proust, 1900. Articles d'Albarran, in Traité Le Dentu et Delbet).

Voici quel est notre procédé :

Après avoir ouvert le périnée, suivant le procédé préconisé plus haut, nous extirpons la prostate de la façon suivante :

Nous incisons d'avant en arrière le tissu prostatique sur toute l'étendue du lobe médian, jusqu'à l'urèthre exclusive-

ment. Puis, saisissant avec une pince à traction une des lèvres de cette tranche prostatique et l'attirant vers nous, nous cherchons à dégager d'abord la partie droite de la prostate hémisectionnée, et pour cela, nous la séparons avec la pointe des ciseaux courbes de la face inférieure de la vessie; le temps s'exécute facilement. On le poursuit jusqu'à ce que le décollement des lobes latéraux remonte aussi haut que possible près du pubis. Puis, cela fait, on coupe le lobe avec des ciseaux et on l'enlève.

L'ablation de la partie gauche s'exécute de la même façon. Cette section prostatique se fait sans la moindre hémorrhagie.

A ce moment on voit toute la face inférieure de l'urèthre prostatique et du col vésical.

Nous conseillons, avant de refaire le périnée, de suturer, en l'éversant, ce qui reste de la capsule prostatique. Pour cela, nous passons de chaque côté deux catguts à travers cette capsule d'une part, et d'autre part à travers le releveur, et nous nouons. De cette façon, la capsule prostatique n'est pas reconstituée sous forme de loge comme auparavant, mais, au contraire, elle est éversée et retournée en dehors.

Notre malade est resté radicalement guéri de sa dysurie pendant plusieurs mois. Il urinait tout seul, alors qu'auparavant il était voué à la sonde à demeure.

Il est mort de récidive sous forme de carcinose pelvienne 16 mois après l'opération.

6. — Extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale.

(En collaboration avec le Dr Quénu, *Revue gyn.*, 1898.)

Chez l'homme : les temps préliminaires sont les suivants :

1° Fermeture en bourse de l'anus;

2° Incision des téguments superficiels;

3° Incision du tissu cellulaire, des faisceaux moyens et postérieurs des releveurs;

4° Incision des plans médians du périnée, comme il a été indiqué plus haut;

5° Libération du rectum en arrière et section du coccyx. On coupe toutes les attaches aponévrotiques et musculaires des bords latéraux du coccyx, puis, d'un seul coup de ciseau, on désarticule le coccyx. On décolle ensuite le rectum de toute la face antérieure du sacrum. Le rectum déjà dépasse de 12 à 14 centimètres le plan périnéal;

6° Ouverture du péritoine et section du mésorectum. On sectionne les lames latérales du mésorectum alternativement à gauche et à droite jusqu'à ce que le rectum soit suffisamment abaissé ;

7° Restauration partielle des plans périnéaux. On referme le péritoine en le suturant à la paroi antérieure du côlon. On suture les releveurs de chaque côté ainsi que leurs aponévroses, les uns aux autres, au-devant du rectum, recouvrant ainsi la face postérieure de la prostate par une sangle aponévrotique ;

8° Amputation du rectum et suture du bout supérieur. On sectionne le rectum et on le suture à la peau.

Chez la femme : l'opération est conduite sur le même plan.

Au moment de notre publication, cette opération avait été exécutée 4 fois avec 4 succès. Les cancers enlevés ne dépassaient pas 15 centimètres au-dessus de l'anus.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.